

Lapsevanemate ja lapsevanemaks saavate inimeste arvamused, hoiakud ning tajutud infopuudus seoses sünnitusosakondade sulgemisega

Kadi Lubi¹, Marko Uibu², Katre Koppel³, Silja Mets-Oja¹

Eesti Arst 2019;
98(8):438–445

Saabunud toimetusse:
28.03.2019
Avaldamiseks vastu võetud:
05.06.2019
Avaldatud internetis:
27.09.2019

¹ Tallinna Tervishoiu Kõrgkool,

² Tartu Ülikooli ühiskonnateaduste instituut,

³ Tartu Ülikooli kultuuriteaduste instituut

Kirjavahetajaautor:
Kadi Lubi
kadi.lubi@ttk.ee

Võtmesõnad:
sünnitusabiteenuse tsentraliseerimine, kodulähedane sünnitusabi, infovajadus, infopuudus

Taust ja eesmärk. Avalik teadaanne Valga ja Põlva sünnitusosakonna sulgemise otsuse kohta märtsis 2018 tekitas ägedaid vastureaktsioone nii kohalikes omavalitsustes, arstide seas kui ka kogukonnas. Uuringu eesmärk oli seoses tsentraliseerimisprotsessiga selgitada raseduse, sünnituse ja sünnitama minekuga seonduvaid arvamusi, hoiakuid, infovajadust ja -puudust. Uuringus selgitati, kuidas saavad vastajad aru avalikus diskussioonis kasutatud terminitest (nt kodulähedus ja turvalisus).

Metoodika. Uuringus osales 226 inimest, kes oli viimase aasta jooksul lapsevanemaks saanud või saamas. Nad vastasid eFormulari keskkonnas küsimustikule. Andmeanalüüsis kasutati SPSSi ja MS Exceli tarkvara. Avatud vastused läbisid tekstianalüüsi.

Tulemused. Vastanud eelistavad infot saada erinevatest allikatest, sh tervishoiutöötajatelt. Kesksete mõistete defineerimisel esineb erinevusi: turvalisust mõistetakse nii personaalse lähenemise kui ka meditsiinilise võimekusena, 72%-le vastajatest on kodulähedane kuni 20 km kaugusel asuv sünnituskoht. Üldiselt hinnati informeeritust rasedusest, sünnitusest ja sünnitama minekust piisavaks. Avatud vastuste põhjal on suurim infopuudus seotud sünnitama minekuga: teave on segane ja vastuoluline. Puudub ka selgus, kuidas võib kasutada kiirabiteenust.

Järeldused. Sünnitusosakondade tsentraliseerimisprotsessi planeerimine ja elluviimine eeldab kohaliku kogukonna sisulist kaasamist ning tõhusat kommunikatsiooni, sh läbi mõeldud sõnumit alternatiivide puhul.

Uuring on ajendatud 2018. aasta märtsis edastatud teadaandest, et Põlva ja Valga sünnitusosakond suletakse ning sünnitusabiteenus jääb nende piirkondade elanikele kättesaadavaks kõrgema etapi ravisutuses (1). Sellele järgnes kogukondade äge vastureaktsioon, mis viis kohalike inimeste aktiveerumiseni, et sünnitusabi nendes maakondades säiliks.

Rahvastiku vananemise ja linnastumisega seotud haiglavõrgu korrastamine ja tsentraliseerimine pole midagi põhimõtteliselt uut. Kuid nagu on varasemad uuringud esile toonud, ei saa sünnitusabi tsentraliseerimine lähtuda ainult majandusloogikast ja sarnaneda maapoodide tsentraliseerimisega, vaid arvesse tuleb võtta ka sotsiaalset konteksti (2, 3). See, et

sünnitusosakondade sulgemisele järgnenud olukord Eestis kasvas tervishoiusüsteemi ja kogukonna n-ö võitluseks, on maailma viimaste aastate praktikat arvesse võttes tavapärane (4, 5) ning seotud suurenenud kodanikuaktiivsusega. Kodanikuaktiivsuse üldise arengu edendajana on muude tegurite hulgas nähtud suuremat avatust poliitilise aktiivsuse vallas, aga samuti uute tõe ja õig(l)use normide kujunemist (6).

Eesti ühiskonda käsitlevas uuringus „Mina. Maailm. Meedia“ (lüh MeeMa) on eri valdkondades ilmnunud sarnane agentsuse (s.t „indiviidi võime ühiskonna struktuuris toimida“) (7) muster. See aitab selgitada tekkinud dünaamikaid muutuvais ühiskonnas, milleks on pinge „traditsioonilise institutsionaalse struktuuri [...] ja [...]“

struktuurseid muutusi aktiivselt tagant tõukavate sotsiaalsete agentsuste vahel [---]“ (8). Sünnitusosakondade sulgemise puhul on (meditsiini)sotsioloogilises mõttes tegemist tüüpilise struktuuri (süsteemi) ja agentsuse (isiku) vahelise vastuolu ning sellest tuleneva võimuvõitlusega (9, 10).

Kõnealuse juhtumi puhul ilmneb vastuolu süsteemi ja isiku vahel kõige enam arvestuslikes dimensioonides, s.o süsteemi kulutõhusus vs. individuaalsed kulud ja kasud. Kasutatud mõistetel „kodulähedus“ ja „turvalisus“ on isiku seisukohast ning süsteemi vaatenurgast erinevad tähendused. Veel on oluline tähele panna, et alates sünnitusosakondade sulgemise otsuse teatavaks tegemisest saatsid erinevad osalised välja omavahel vastukäivaid sõnumeid sünnitusosakonna sulgemisega seotud põhjuste ja edasiste tegevusjuhiste kohta (11–16). Vastuolulised ja vasturääkivad sõnumid võisid suurendada vastureaktsioone ning segadust meediasõnumite mõistmisel.

Uuringutes, kus on käsitletud sünnituskoha valikut mõjutavaid tegureid, on esile toodud, et kodulähedus on üks peamisi tegureid, mille järgi sünnituskohat valitakse (17). „Kodulähedus“ on küll subjektiivne mõiste, kuid isiku positsioonilt vaadatuna oluline. On näidatud, et naiste sünnituskoha valikul on oluliseks kriteeriumiks lähedus kodule ning kui sünnituskoha ja kodu kaugus on üle 30 kilomeetri, siis eelistatakse lähemat sünnituskohat (18).

Grimes jt (19) on välja toonud, et naised kasutavad raseduse, sünnituse ja sünnitusjärgse perioodi kohta info saamiseks erinevaid allikaid, millest olulisimaks peetakse rasedust jälgivat ämmaemandat. Hoolimata sellest, et naised hindavad kõrgelt tänapäevaste meditsiinitehnoloogiliste võimaluste olemasolu, vajavad nad nii raseduse kui ka sünnituse ajal, et tervishoiutöötajad ei oleks lihtsalt informeerijad, vaid suudaksid olla empaatilised ning mõistaksid nende tundeid ja väärtushinnanguid (20). Toetava keskkonna tajumine annab naisele tunde, et kontroll sünnituse üle on temal. See aitab enam keskenduda protsessile ja kasutada meetodeid, et kogu sünnitust paremini hallata (21).

Uuringu keskmes olid sünnitusabi tsentraliseerimisprotsessis tekkinud infovajadusest tulenevad aspektid. Seetõttu olid uurimisküsimused järgmised: 1) kuidas mõistetakse ja defineeritakse sünnitusosakondade

sulgemisega seotud suhtluses kasutatud termineid „kodulähedus“ ja „turvalisus“ ja millised on hoiakud sünnitusabi korralduses ning 2) kuidas hindavad inimesed enda informeeritust ning kas ja millises raseduse, sünnituse ja sünnitama minekuga seotud valdkonnas tajutakse infopuudust.

METOODIKA

Uuring põhineb kvantitatiivsel ja kvalitatiivsel andmeanalüüsil. Uuringu valimi moodustasid Facebooki nn beebigruppides suhelnud naised ja mehed, kes olid viimase aasta jooksul saanud või saamas lapsevanemaks ning kel oli selle tõttu vaja raseduse, sünnituse ja sünnitama mineku kohta praktilist infot. Uuringusse kaasamisel pöördui kinniste Facebooki-beebigruppide administraatorite poole palvega postitada eetikakomitees kinnitatud uuringukutse. Uuringus said osaleda kõik kinnises grupis kutse saanud inimesed, kellel oli link uuringuankeedile.

Andmete kogumiseks kasutati veebi-põhist küsimustikku, mis asus eFormulari keskkonnas ja oli vastamiseks avatud 15.10–31.12.2018. Nimetatud perioodil vastas ankeedile 226 inimest. Uuringus osales inimesi kõigist maakondadest, enim (34%) oli vastajaid Harjumaalt, järgnesid Tartumaa (20%), Põlvamaa (10%) ja Valgamaa (5%). Teistest maakondadest oli vastanuid 1–4%. Kuna tegemist oli veebiankeediga, said vastajad seda täita endale sobival ajal.

Küsimustikus kasutati nii valikvastustega kui ka avatud küsimusi. Küsimused jagunesid temaatiliselt plokkidesse: 1) üldine plokk, milles uuriti üldisemaid hoiakuid ja arvamusi nii sünnitusosakondade sulgemise käigus kasutatud terminite kui ka üldisema sünnitusabi korraldust puudutava kohta; 2) infoallikate plokk, milles küsiti raseduse ja sünnitusega seotud infoallikate kasutatavuse ja võimaliku infopuuduse kohta; ning 3) plokk, milles saadi infot vastaja sotsiodemograafiliste andmete kohta. Kvantitatiivsed andmed analüüsiti MS Exceli ja SPSSi (Statistical Package for the Social Sciences v. 25) tarkvaraga.

Raseduse, sünnituse ja sünnitama minekuga seotud infoallikate mitmekesisuse hindamiseks moodustati uued liittunnused. Liittunnuste arvutamisel võeti arvesse vastajate hinnangud, et saada teavet erinevate etteantud infokanalite kasutatavuse kohta. Nii rasedus- kui ka sünnituslaste

infoallikate puhul oli ette antud 18 allikat, samuti hinnati info kättesaadavust ja piisavust seoses raseduse, sünnituse ja sünnitama minekuga. Iga infoallika kasutamise puhul oli inimestel võimalik valida nelja vastusevariandi vahel, s.t hinnata tuli, kas info saadi mingist allikast 1) peamiselt, 2) vahel, 3) harva või 4) mitte kunagi.

Uurides inimeste rasedus- ja sünnituselast informeeritust, moodustati uued liitnused, mille kohaselt sai infoallikate mitmekesisus olla väike (kuni 4 erinevat kanalit), mõõdukas (5–7 kanalit), suur (8–12 kanalit) ja väga suur (13–18 kanalit).

Vastajatel paluti anda oma hinnangud ka eri väidetele, mida saab sünnitusmajade sulgemisega kas otseselt seostada, millele võidakse anda vastav tähendus või mida on teemaga seoses kasutatud. Väidete puhul kasutati 5-astmelist Likerti skaalat, mille vastusevariandid olid „täiesti nõus“, „pigem nõus“, „nii ja naa“, „pigem ei ole nõus“ ja „ei ole üldse nõus“. Tunnustevahelisi seoseid uuriti Pearsoni ja Spearmani korrelatsioonikordajatega. Tulemuste tõlgendamisel liideti kokku vastused „täiesti nõus“ ja „pigem nõus“ ning „ei ole üldse nõus“ ja „pigem ei ole nõus“.

Avatud küsimuste vastused läbisid kvalitatiivse temaatilise analüüsi, et välja selgitada peamised tajutud infopuuduse aspektid seoses sünnitusosakondade sulgemisega. Tulemuste osas on ära toodud tsitaadid. Vastajatele anti kood, mis koosnes nende sisestatud ankeedi järjekorranumbrist, soost (mees (M) või naine (N)) ning naiste puhul täiendavalt viitest vastamisaegsele rasedusele (R) või selle puudumisele (MR).

Uuringul esineb teatud piiranguid. Esiteks oli see algul kavandatud pilootuurin-guna, mille eesmärk oli kaasata vähemalt 50 vastajat. Uuringu autorid ei osanud ette näha sihtrühma sellist huvi uuringus osaleda, mistõttu ei sisaldanud ankeet küsimusi vastajate vanuse kohta – kaasamise peamine kriteerium oli perre viimase aasta jooksul sündinud või sündiv laps. Enesestmõistetavalt on vanusel ka kõnealuse piiratud sihtrühma puhul oma roll: 20- ja 40aastase vastused võivad erineda.

Teiseks kitsendas kaasamiskriteerium ka võimalust uuringutulemusi üldistada kogu rahvastikule, sest ei ole teada, mida arvaksid need ühiskonna liikmed, kes praegu aktiivselt sünnitusega seonduva protsessiga kokku ei puutu. Selle tõttu on sünnitusabi korraldust puudutavaid küsimusi tõlgendatud vaid osalenud sihtrühma arvamuste ja hinnangute kaudu ning need ei ole üldistatavad laiemale populatsioonile. Samuti võis seetõttu esineda keskmisest enam emotsionaalsest seotusest tulenevaid hinnanguid.

Kolmandaks, vastanute seas oli vaid 3 meesvastajat. See aga seab piirangu uurin-gutulemuste üldistamisele perede kogemuse kontekstis. Neljandaks vastasid uuringule pigem aktiivse infotarbimise harjumusega inimesed ning see võib mõjutada tulemuste üldpilti. Siiski leiavad autorid, et nimetatud piirangud ei vähenda saadud teadmiste olulisust otsese sihtrühma infovajaduse ja -puuduse ning üldisemate hoiakute kohta.

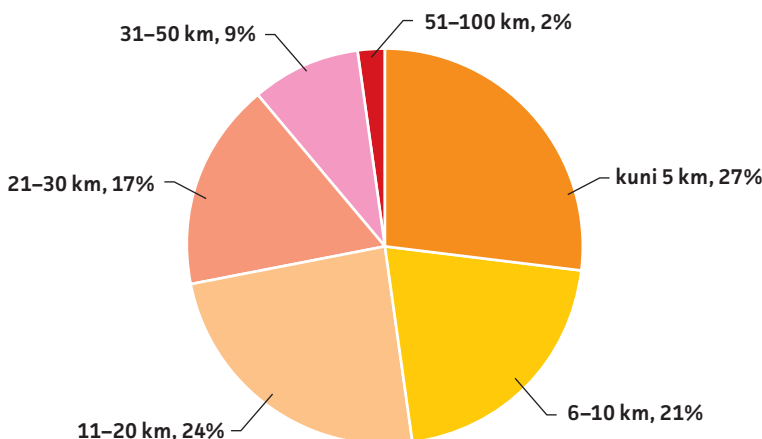
Uuringu on heaks kiitnud Tallinna meditsiiniuuringute eetikakomitee (otsus nr 2480, 09.10.2018).

TULEMUSED

Avalikus suhtluses kasutatud mõistete tähendused

Sünnitusabi diskussioonis viidatakse pidevalt alusmõistetele nagu „kodulähedane“ või „turvaline“, mille määratlused ja subjektiivne tajumine on aga väga erinevad. Kogu sünnitusosakondade sulgemisega seotud kommunikatsiooni jooksul kasutatud mõistete puhul vajas enim selgitust „kodulähedase sünnitusabiteenuse“ mõiste, mistõttu paluti vastajatel hinnata kodulähedust kilomeetrites.

Tulemused on näha joonisel 1, millelt selgub, et 72% vastajate arvates ei saa kodulähedasena defineerida teenust, mis jääb üle



Joonis 1. Hinnangud kaugusele (km), mille korral pidada sünnitusabiteenust kodulähedaseks.

20 km kaugusele. 17% arvates võib sünnitusosakond asuda kuni 30 km kaugusel, et seda veel kodulähedaseks pidada.

Huvitav nüanss saadud tulemuste juures on see, et vaid kaks neist viiest vastajast, kes pidasid kodulähedaseks 51–100 km kaugusel asuvat sünnitusabi, elasid ise sünnitusmajast just nii kaugel. Ülejäänud kolm vastajat, kes nimetatud variandi valisid, elasid vastavalt kuni 5, 6–15 ja 16–30 km kaugusel kõrgema etapi sünnitusabi teenust osutavast haiglast.

Tulemustest ilmneb ka teine oluline defineerimisest tuleneda võib erinevus, mis on seotud turvalise sünnituse tähendusega. Mõistagi on erialaspetsialistide arusaam turvalisest sünnitusest seotud erakorralise ja vajadustele vastava meditsiinilise abi kättesaadavusega (22). Ka 86% vastanutest olid täiesti või pigem nõus sellega, et turvaline sünnitus tähendab erakorralise abi olemasolu. Nii tunnistas uuringus osalenud kolmest mehest üks, et „erakordselt suur osa minu rasedusaegsest turvatundest oli seotud teadmisega, et viibin haigla läheduses (5 min autosõitu)“ (83-M). Seega on turvalisuse taju ja abi kodulähedus/kättesaadavus omavahel tugevalt seotud.

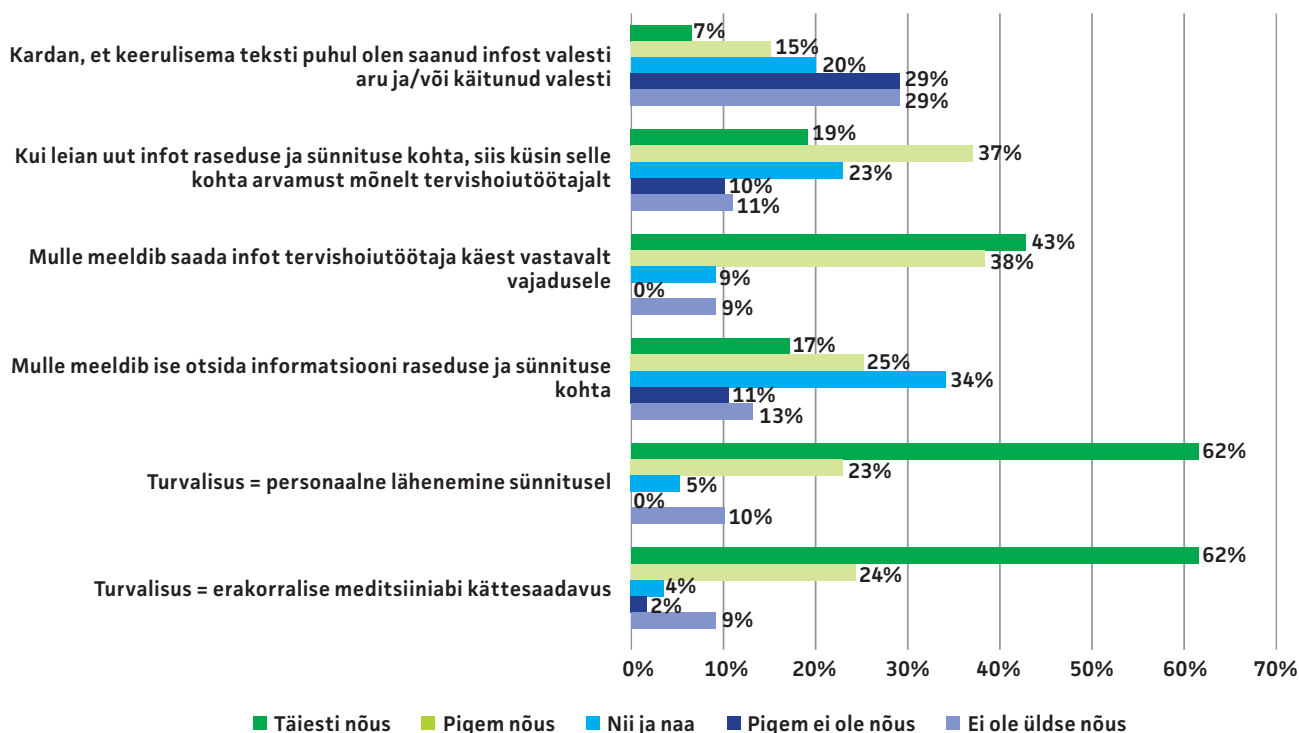
85% vastanutest leidis ka seda, et turvaline sünnitus tähendab personaalset lähe-

nemist. Nimetatud tulemus viitab, et sünnitusosakondade sulgemisega seotud teavitamises tuleks enam tähelepanu pöörata mõlemale aspektile, mis sünnitajatele ja nende pereliikmetele tagavad reaalse ja ka tajutud turvatunde. Tulemuse illustreerimiseks sobib kõrgema etapi haiglas sünnitanud (lapse/laste sünnituskoht oli üks küsimustest) kõrgharidusega naise kommentaar: „Kõrge meditsiiniline võimekus on tore, aga kui naised peavad oma sünnitusvalusid koridorides üle hingama, sest sünnituspalatid on täis, ei ole üldse okei.“ (113-N-MR).

Sünnitusabiteenuse korraldus, infovajadus ja tajutud infopuudus

Järgnevalt uuriti vastajate hinnanguid väidetele, mis olid seotud sünnitusabiteenuse korraldamise ja kättesaadavusega ning sünnitusega seotud info vajaduse ja tajutud infopuudusega.

Koduläheduse sünnitusabiteenuse kättesaadavuse vajalikkust põhjendasid uuringus osalejad isiklike kogemustega seoses kiire sünnitusega, mis põhjustab ka hirmu: „Kardan kõige rohkem, et erakorralist sünnitusse sekkumist võib vaja minna kiirabiautos, või veel hullem, kodus, oma



Joonis 2. Vastajate hinnangud seoses raseduse ja sünnituse kohta info otsimise ning sünnitusabi korraldusega seotud väidete kohta.

autos või teeservas. Seetõttu pooldan haigla kodulähedust“ (127-N-MR).

Hirmu, et laps peab kiirabiautos sündima, ning teadmatust, kas ja millised võimalused on seal erakorraliseks sekkumiseks, avaldas mitu vastajat.

Jooniselt 2 ilmneb, et 42% vastajatest on täiesti või pigem nõus sellega, et eelistavad ise otsida raseduse ja sünnitusega seotud infot, kuid 81% vastajatest hindas, et neile meeldib saada teavet vastavalt vajadusele tervishoiutöötaja käest. Need tulemused viitavad, et tervishoiutöötajatelt eeldatakse proaktiivset, kuid valikulist info andmist. Tervishoiutöötajate arvamus terviseküsimustes on oluline, sest üle poole vastanutest leidis, et uue info leidmisel küsitakse selle kohta tervishoiutöötajatelt arvamust: statistiliselt oluline tugevama poolne seos ($r = 0,314$; $p < 0,0001$) esines väidete „Mulle meeldib ise otsida ...“ ja „Mulle meeldib infot saada tervishoiutöötajalt ...“ vahel.

Vastanute infoallikate mitmekesisus oli valdavalt suur (73% vastanutest) või mõõdukas (22% vastanutest). Seetõttu pole üllatav, et esines statistiliselt oluline seos info kättesaadavuse ja piisavuse vahel, samuti selles, et kui info oli kättesaadav raseduse puhul, siis hinnati seda kättesaadavaks ka sünnituse ja sünnitama mineku korral, sama kehtis info piisavuse kohta (vt tabel 1).

Avatud küsimustele antud vastuste kvalitatiivse analüüsi käigus ilmnes, et kui rasedusega seotud täiendavaid infovajadusi mainiti kahel ja sünnitusega seotud teemade puhul kümnel korral, siis suurim tajutud infopuudus esines sünnitama minekuga seotud temaatikas. 27 vastajat neist 62st, kes leidsid, et mõned küsimused on neil jäänud vastuseta, tõid vastava avatud küsimuse vastuses välja teadmatust, millal, kuidas ja kuhu minna, kas kiirabi kutsumine on lubatud, ning kui on, siis millal kiirabi kutsuda.

„Informatsioon on vastandlik – näiteks kiirabi kutsumise kohta, selle kohta haiglale lehtedel ei ole eriti midagi kirjas (vb [võib-olla] mäletan tagantjärele valesti), foorumid on aga täis kogemusi, kus kiirabi sõimas sünnitaja läbi, et ega nad takso ei ole. Kas sünnitama minekuks võib kiirabi kutsuda või ei? [...] Ebapiisav või mitte piisavalt põhjalik on info sünnitama mineku kohta – millal minna, kas võib kiirabi kutsuda jne.“ (2-N-MR)

Kuna sünnitus on individuaalne mitte ainult erinevate naiste, vaid ka sama naise erinevate sünnituste vaates, väljendati segadust ka antavate soovitude puhul: „Sünnitama mineku kohta öeldakse naisele, tule haiglasse siis, kui veed on puhkenud, samas need veed ei pruugi üldse ise puhkeda terve sünnituse jooksul või siis kirjandus andis vastuseks, et veed puhkevad 80%-l juhtudest alles siis, kui avatust on 8–9 cm, millele järgnevad üsna kohe pressid, selles etapis on juba liiga hilja haiglasse joosta“ (156-N-MR).

Segadust ja teadmatust suurendab erinevate vastajate välja toodud info vastandlikkus, mis on seotud sünnitusest tulenevate ja sünnitama minemise praktiliste aspektidega. Selle tulemuseks on, et kui otsustatakse minna, siis seistakse silmitsi võimalusega „riielda saada“ ning „rase saab tihti tunda, et ta on rumal ja teeb valesti, muretseb üle vms“ (mõlemad 15-N-R). Peale nende emotsionaalsete murede kirjeldasid vastajad oma segadust sünnitama minekul ka sõnadega „keeruline“, „hirmu, paanikat ja segadust tekitav“ (13-N-R).

Samal ajal leidis vastajaid, kes väitsid, et hoolimata kodulähedase haigla olemasolust eelistasid nad kõrgema etapi haiglat peamiselt seetõttu, et tundsid end kõrgema etapi haiglates oodatuna (29-N-MR) või oli seal võimalus vette sünnitada (22-N-R).

ARUTELU JA JÄRELDUSED

Uuringu tulemused tõid reljeefselt välja süsteemi ja isiku avaliku suhtluse ning arusaamade erinevuse. Tulemuste kohaselt saab öelda, et äsja lapsevanemaks saanud ja saavad mehed ja naised tunnevad end üldiselt rasedus- ja sünnitusteabega piisavalt varustatuna ning ei väärtusta sünnikogemuse juures vaid personaalsest lähenemisest tulenevat turvalisust, vaid peavad turvalisuseks ka (erakorralise) meditsiinilise sekkumise võimalust. Seetõttu ei tuleks

Tabel 1. Tunnustevahelised statistilised seosed

Võrreldavad tunnused	Spearmani korrelatsiooni-kordaja
raseduse ja sünnituse infoallikate mitmekesisus	0,566*
kui kättesaadav/põhjalik oli info raseduse kohta	0,503*
kui kättesaadav/põhjalik oli info sünnituse kohta	0,538*
kui kättesaadav/põhjalik oli info sünnitama mineku kohta	0,437*

*Seos statistiliselt oluline $p < 0,0001$ väärtuse juures.

vastandada meditsiinilist võimekust ja personaalset lähenemist (22), vaid käsitleda neid koos kui positiivset sünnituskogemust tagavaid tingimusi.

Sarnast ümbermõtestamist ja -sõnastamist vajab termini „kodulähedane“ kasutamine sünnitusosakondade sulgemisega seotud avalikus suhtluses. Nagu tulemustest ilmnes, on üle 70% vastanute jaoks kodulähedane kuni 20 km kaugusel asuv sünnitusvõimalus, lisanduva 17% vastajate meelest veel ka kuni 30 km kaugusel asuv sünnituskoht. Varasemates uuringutes pole otseselt tegeletud sünnituskoha ja kodu vahemaa temaatikaga ning seetõttu pole ka koduläheduse mõistet defineeritud. Kuid järeldusele, et kuni 30 km kaugusel asuv sünnituskoht on optimaalne, on jõudnud mitu mujal maailmas tehtud uuringute autorit (18, 23).

Sünnitusosakondade sulgemise nagu ka haiglavõrgu üldisema korrastamise puhul lähtub struktuurne vaade kulude optimeerimisest, meditsiinitehnilisest võimekusest ja sellest lähtuvast turvalisusest. Inimeste arusaam lähtub aga personaalselt ja subjektiivselt tajutud hirmudest ning sellega seotud riskide hindamisest ja nende maandamise võimalustest, aga ka sünnitusprotsessiga seotud emotsionaalsetest ja psühholoogilistest vajadustest. Seetõttu esineb vastuolu praeguse tervishoiupoliitilise tegevuse ja inimeste tajutud ootuste vahel, kus teatud piirkondades elavate inimeste jaoks väheneb sünnitusteenuse kättesaadavus.

Eesti kontekstis vajab täiendavat uurimist, milline on sünnitusabi optimaalne kaugus mitte ainult võimalike tekkida võivate komplikatsioonide ja probleemide valguses, vaid ka selle puhul, milline on kohaliku elanikkonna elatustase. Ühes varasemas uuringus on esile toodud, et hoolimata teatud sarnasustest (eriti) majanduslikus loogikas, ei peaks sünnitusosakondade tsentraliseerimine toimima nagu toidupoodide tsentraliseerimine maapiirkondades, sest sünnitusabiteenust tuleb näha laiemas kontekstis, kus on arvesse võetud nii kohalikku kogukonda, teenuse enda väärtust kui ka sotsiaalseid ja majanduslikke aspekte (3). Maapiirkondade sotsiaalset konteksti tuleb arvesse võtta sünnitusabiteenuse kättesaadavuse tähenduses ja seda hoolimata linnastumisest (või eriti selle tõttu?) (2). See kehtib nii (mada-

lama) elatustaseme kui ka muude teenuste (nt transport) kättesaadavuse tähenduses, mistõttu ainult majanduslikul loogikal põhinev neoliberaalne lähenemine sünnitusabiteenuse reformimisel võib tekitada uusi barjääre ja süvendada ebavõrdsust (2). Samuti tuleks optimaalse lahenduse leidmiseks hinnata olemasolevat teedevõrku, asustust ning kiirabile kuluvat rahahulka. Pärast sellist analüüsi saab välja tuua ka sünnitusabi tsentraliseerimise, sh sellega seonduva kommunikatsiooni võimalused.

Seda, et kogu sünnitusosakondade sulgemise temaatika valguses on sünnitajatel ja nende pereliikmetel jätkuvalt väga palju ebaselgust, näitavad avatud küsimustele antud vastused, milles peeti just sünnituse algust ja sellest lähtuvaid „õigeid“ tegevusi puudutavat infot vastuoluliseks ja segaseks. Kahtlemata on rasedatel, eriti esmarasedatel, sünnituse algusega alati seotud segadust, hirme ja ärevust, aga sünnitusosakonna sulgemise valguses lisandub ebaselgus haiglasse mineku, sinna jõudmise, volehäire korral ka võimaliku koju tagasisaia(t)mise ning kiire sünnituse korral võimaliku autos sünnitamise kohta. Neile aspektidele tasub edasises suhtluses kindlasti tähelepanu pöörata, sest ilmselt ei ole seni antud selgitused olnud piisavad.

Kuigi kiirabi jm erakorralisi teenuseid on lubatud kasutada (24), on jäänud vastamata inimeste sisulistele ja subjektiivselt tajutud hirmudele seoses kogu protsessiga (25). Siin ilmneb ka põhimõtteline erinevus ja vastuolu suhtluses – ekspertide arusaama kohaselt on väiksemates sünnitusosakondades sünnitamine potentsiaalselt seotud ohuga ema-lapse tervisele ning teenuse kvaliteedi halvenemisega (26). Samal ajal on vastuseta jäänud kohalike inimeste küsimused sünnituse meditsiinilise turvalisuse kohta juhul, kui erakorralise sekkumise vajadus tekib kiirabiautos, sh see, millised on võimalikud ohud ema-lapse tervisele ning kuidas neid riske maandada (25).

Uuringu vastajate tajutud tunnetus oli see, et kodulähedane väike sünnitusosakond on igal juhul turvalisem kui n-ö teel sünnitamine. Nimetatud vastuolu viitab otseselt ekspertide ja n-ö tavainimeste erinevale perspektiivile meditsiinilise abi vajalikkuse, kättesaadavuse ja seeläbi ka tajutud turvatunde puhul, kuigi viimase tagamine võib tervishoiusüsteemile suuremaid kulusid tuua. Vältimaks kallutatust ja

mitmeti mõistetava sõnavaliku kasutamist, peaksid edasised meediasõnumid olema suunatud täiendavalt kiirabiautos tekkida võivate ohuolukordade lahenduste selgitamisele, mitte rõhutama ainult väiksemates sünnitusosakondades tekkida võivaid ohuolukordi.

Kõnealuse uuringu juures on oluline veel tähele panna vastajate profiili infootsingulise aktiivsuse tähenduses – osalejad olid pigem aktiivsed. See nähtub infoallikate mitmekesisust iseloomustavatest tulemustest ning viitab sellele, et inimesed vajavad otsustamiseks infot erinevatest allikatest ja individuaalne info otsimine ei ole konflikti või vastuolu otsimine meditsiinisüsteemiga. Kui juba keskmisest informeeritum ja aktiivsem infootsija tunneb olemasoleva info saamise ja töötlemise järel, et ta jätkuvalt ei tea, mida ja kuidas teha, siis viitab see erinevustele sõnumi algses ja vastuvõetud tähenduses (28). Täiendavalt viitab see aga võimalikele küsitavustele info üheselt mõistetavuses passiivsema sihtrühma seas.

Kokkuvõtvalt saab välja tuua, et vastuoludest hoolimata on sünnitusabi debatt ühiskonnas oluline, sest võimaldab esile tuua erinevaid mõtlemis-, arusaamis-, suhtumis- ja ka rollitasandeid ning rõhutada perspektiive, mida edasiste tegevuste planeerimisel kõigil osalistel arvesse võtta.

TÄNUAVALDUS

Artikkel on valminud Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli rakendusuuringu 1-16/545 rahastuse toel.

HUVIKONFLIKTI DEKLARATSIOON

Võimalik huvid konflikt puudub.

SUMMARY

The closure of obstetric units – opinions, attitudes and perceived information deficit of newly parents

Kadi Lubi¹, Marko Uibu², Katre Koppel³, Silja Mets-Oja¹

Background and aims. The news about the closure of obstetric units in Valga ja Põlva created active resistance from local municipalities, doctors and members of community. The resistance was likely surprising for political and economic decision-makers – similar situation in early 2000's did not cause any reactions and smaller obstetric units were

closed smoothly raising no need to consider civic activism, including in health political changes. The aim of present research is to examine information needs and perceived information deficit about pregnancy, childbirth and labour-related transportation related to the process of centralization. The study analyses the meanings of used terms (e.g. near home and safety).

Methods. 226 respondents who became or were about to become parents during last year answered web-based questionnaire in eFormular environment. The invitations were sent via thematic baby-groups in Facebook. Informed consent was placed at the beginning of the questionnaire. Data was analysed by SPSS and MS Excel software. Open-ended answers passed thematic textual analysis. This study was granted ethical approval from Tallinn Medical Research Ethics Committee (approval's decision number 2480, Oct. 09, 2018).

Results. Respondents were rather active information seekers preferring to get information from a variety of sources. The thematic textual analysis of open-ended answers revealed a fundamental difference in terminology: safety is understood as a personal approach and availability of emergent medical help during the labour. „Near home“ ranges from up to 5 to 20 kilometres for 72% of respondents, an additional 17% find an obstetric unit in the range of 30 km to be near home. In general, people evaluate that information about pregnancy, childbirth and labour-related transportation is available and sufficient. The analysis of open-ended answers shows that the perceived lack of information is related to the aspects of labour-related transportation. Information is evaluated as contradictory and confusing, people are not sure if, when and on which case they should call an ambulance when they should go to the hospitals etc.

Conclusions. The planning and implementation of centralization process require substantial involvement of local community on all levels (e.g. municipality, doctors, local inhabitants) and efficient communication plan, including elaborated messages regarding alternative approaches for labour and labour-related transportation.

¹ Tallinn Health Care College,

² University of Tartu, Institute of Social Studies,

³ University of Tartu, Institute of Cultural Research

Correspondence to:

Kadi Lubi
kadi.lubi@ttk.ee

Keywords:

centralization of obstetric units, near-home, obstetric care, information needs, information deficit.

KIRJANDUS / REFERENCES

1. Põlva ja Valga haiglate sünnitusosakonnad suletakse. Eesti Haigekassa. 2018. <https://www.haigekassa.ee/uudised/pressiteade-polva-ja-valga-haiglate-sunnitusosakonnad-suletakse> (28.02.2019).
2. Benoit C, Declercq E, Murray SF, Sandall J, van Teijlingen E, Wrede S. Maternity care as a global health policy issue. In: Kuhlmann E, Blank RH, Bourgeault IL, Wendt C, eds. The palgrave international handbook of healthcare policy and governance. London: Palgrave Macmillan; 2015:85–100.
3. van Teijlingen ER, Pitchforth E. Rural maternity care: Can we learn from Wal-Mart? Health Place 2010;16:359–64.
4. Larsson E. (De)politicising pregnancy-related risk: gender and power in media reporting of a maternity ward closure. Heal Risk Soc 2018;20:227–40.
5. The Local Sweden. Swedes set to occupy closing maternity ward which inspired "car birth" course. The Local. 2017; <https://www.thelocal.se/20170130/swedes-set-to-occupy-closing-maternity-ward-which-inspired-car-birth-course>.
6. Green D. Citizen activism and civil society. In: Green D, ed. How Change Happens. Oxford: Oxford University Press; 2016.
7. Vihalemm T, Keller M, Kiisel M. Kuidas parandada maailma? Kommunikatsioon sotsiaalsete muutuste kujundamisel. Veebiõpik, 2013 <https://sisu.ut.ee/kommunikatsioon/avaleht>.
8. Lauristin M, Kalmus V, Keller M jt. Kokkuvõte: Eesti ühiskonda kujundavad protsessid ja tulevikuaarengud. Teoses: Vihalemm P, Lauristin M, Kalmus V, Vihalemm T (toim). Eesti ühiskond kiirenevas ajas. Uuringu „Mina Maailm Meedia” 2002–2014 tulemused. Tartu; 2016:699–722.
9. Cockerham WC. Bourdieu and an update of healthy lifestyle theory. In: Cockerham WC, ed. medical sociology on the move: new directions in theory. London: Springer; 2013:127–54.
10. Bourdieu P. Practical reasons. On the theory of actions. Stanford: Stanford University Press; 1998.
11. Kuus I. Ossinovski asus Põlva ja Valga haiglat kaitsma. Eesti Rahvusringhääling. 2018. <https://www.err.ee/691683/ossinovski-asus-polva-ja-valga-haiglat-kaitsma>.
12. Saar M. Maggi sünnitusosakondade sulgemisest: inimesed sünnitavad ka põllul või autos. 2018. <https://www.err.ee/826995/maggi-sunnitusosakondade-sulgemisest-inimesed-sunnitavad-ka-pollul-voi-autos>.
13. Väre H. Terviseminister: minu sõnum sünnitusabi kohta kõlas ekslikult. Sakala. 2018, <https://sakala.postimees.ee/6424614/terviseminister-minu-sonum-sunnitusabi-kohta-kolas-ekslikult>.
14. Harju Ü. Põlva ja Valga haigla sünnitusosakondade sulgemisot-sus vallandas pahameele tormi. Lõunaleht, 2018 <http://www.lounaleht.ee/index.php?page=1&id=23725>.
15. Laan T, Jüri Ratas: ma ei pea õigeks regionaalsete sünnitusosakondade sulgemist. Õhtuleht, 2018, <https://www.ohuleht.ee/868030/juri-ratas-ma-ei-peat-ogeks-regionaalsete-sunnitusosakondade-sulgemist>.
16. Melik J. Eksperdid põhjendavad Valga sünnitusosakonna sulgemist kuluefektiivsusega. Õhtuleht. 2018, <http://www.ohuleht.ee/875802/eksperdid-pohjendavad-valga-sunnitusosakonna-sulgemist-kuluefektiivsusega>.
17. Borrelli SE, Walsh D, Spiby H. First-time mothers' choice of birthplace: influencing factors, expectations of the midwife's role and perceived safety. J Adv Nurs 2017;73:1937–46.
18. Pilkington H, Blondel B, Drewniak N, Zeitlin J. Choice in maternity care: associations with unit supply, geographic accessibility and user characteristics. Int J Health Geogr 2012;11.
19. Grimes HA, Forster DA, Newton MS. Sources of information used by women during pregnancy to meet their information needs. Midwifery. 2014;30:e26–33.
20. Goberna-Tricas J, Banús-Giménez MR, Palacio-Tauste A, Linares-Sancho S. Satisfaction with pregnancy and birth services: The quality of maternity care services as experienced by women. Midwifery 2011;27:e231–7.
21. Karlström A, Nystedt A, Hildingsson I. The meaning of a very positive birth experience: Focus groups discussions with women. BMC Pregnancy Childbirth 2015;15:1–9.
22. Laanpere M. Sünnitusabist. Eesti Arst 2018;97:346.
23. Pilkington H, Blondel B, Drewniak N, Zeitlin J. Where does distance matter? Distance to the closest maternity unit and risk of foetal and neonatal mortality in France. Eur J Public Health 2014;24:905–10.
24. Rudi H. Suurhaigla lubadused Põlva ja Valga tulevastele emadele. Lõuna-Eesti Postimees. 2018; <https://lounapostimees.postimees.ee/4466453/suurhaigla-lubadused-polva-ja-valga-tulevastele-emadele>.
25. Raim R, Pärder M-L. Arvamus kliinikumi lubadustest. Igale sünnitajale kaksikud ja poni. Lõuna-Eesti Postimees. 2018; <https://lounapostimees.postimees.ee/4469591/arvamus-kliinikumi-lubadustest-igale-sunnitajale-kaksikud-ja-poni>.
26. All H. Sünnitajate vähenemine pole ainus põhjus osakondade sulgemiseks väikehaiglates. Eesti Rahvusringhääling. 2018, <https://www.err.ee/693321/sunnitajate-vahenemine-pole-ainus-pohjus-osakondade-sulgemiseks-vaikehaiglates>.
27. Hall S. Encoding/decoding. In: Hall S, Hobson D, Love A, Willis P, eds. Culture, media, language. London: Hutchinson; 1980:128–38.

Anoreksiaga patsientidel ei ole väiksem risk haigestuda vähki

Hinnanguliselt oli maailmas 2017. aastal vähk 9,6 miljoni inimese surma põhjus. On kindlaks tehtud, et ülekaalulistel isikutel on suurem risk haigestuda seede-elundite, aga ka mitmete teiste paikmetega vähki. Eksperimentides on näidatud, et toidu kalorihulga kahandamine vähendab vähi arengu riski. *Anorexia nervosa* on haigusseisund, mispuhul haigestunu sööb teadlikult väga vähe,

tal väheneb oluliselt kehakaal ja muutub kehakuju. Vähe on süstemaatilisi uuringuid vährikist anoreksiahaigetel võrreldes tavapopulatsiooniga.

Hispaania uurijad viisid läbi rahvusvahelistes andmebaasides refereeritud materjalide metanalüüsi, et selgitada *anorexia nervosa* seost vähki haigestumise-ga. Analüüsi 7 kohortuuringu põhjal 10 artiklis avaldatud 42 602 *anorexia nervosa* diagnoosiga haige andmeid.

Ilmnes, et võrreldes tavapopulatsiooniga oli anoreksiahaigetel

üldiselt vähi esinemissagedus samasugune. Samas oli anoreksia-patsientidel risk haigestuda rinna-vähki oluliselt väiksem (riskisuhe 0,6). Mõnevõrra suurem oli aga anoreksiahaigetel risk haigestuda kopsuvähki ning söögitoruvähki.

Anoreksia ja vähki haigestu-mise seoste kirjeldatud põhjused vajavad edasisi uuringuid.

REFEREERITUD

Catalá-López F, Forés-Martos J, Driver JA et al. Association of anorexia nervosa with risk of cancer: a systematic review and meta-analysis. JAMA Netw Open 2019;2:e195313.

LÜHIDALT